

Кравцова Кристина Андреевна^{1,2✉}, Неверова Елена Николаевна², Низымаев Сергей Андреевич^{1,2}, Агафонова Марина Андреевна^{1,3}, Пастернак Анна Васильевна^{1,4}

¹ Тюменский государственный медицинский университет, Тюмень, Россия

² Городская поликлиника № 17, Тюмень, Россия

³ Нейро-Практика, Тюмень, Россия

⁴ Клинический госпиталь «Мать и Дитя», Тюмень, Россия

✉ kravtsova.md725@gmail.com

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: СЕПТИЧЕСКИЙ СПОНДИЛИТ ПОД МАСКОЙ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ БОЛИ В СПИНЕ

Аннотация. Представлен клинический случай пациентки 55 лет с септическим спондилитом поясничного отдела позвоночника, который изначально трактовался как неспецифическая боль в спине, что привело к значительной отсрочке постановки правильного диагноза. Данный случай демонстрирует важность онкологической и, в особенности, инфекционной настороженности при ведении пациентов с болевым синдромом в спине. Первичные жалобы включали остро возникшую боль в поясничной области и субфебрильную лихорадку в вечернее время, что являлось ключевыми «красными флагами». При осмотре выявлена локальная болезненность по остистым отросткам и положительный симптом поколачивания. На начальном этапе патология почек была исключена урологом, а неврологический дефицит – неврологом. Назначенная эмпирическая терапия, включавшая инъекционный дексаметазон, цефексим и толперизон, привела к кратковременному улучшению, что создало ложное впечатление о доброкачественном характере процесса. Однако после отмены глюкокортикоидов болевой синдром рецидивировал. Ключевым диагностическим этапом явилось лабораторное обследование, выявившее резкое повышение маркеров воспаления: С-реактивный белок до 48 мг/л и скорость оседания эритроцитов – 32 мм/ч. Данные изменения, наряду с анамнезом лихорадки, послужили основанием для проведения магнитно-резонансной томографии, которая и верифицировала диагноз «септический спондилит». Публикация данного случая необходима для акцента на типичных диагностических ошибках: игнорировании «красных флагов», опасности назначения глюкокортикостероидов без установленной причины боли и перво-степенной роли маркеров воспаления (СРБ, СОЭ) в скрининге серьезной патологии. Своевременное выполнение МРТ позвоночника при наличии стойкого болевого синдрома и повышенных показателей воспаления является обязательным для исключения жизнеугрожающих состояний.

Ключевые слова: септический спондилит, боль в нижней части спины, диагностическая ошибка, красные флаги, глюкокортикоиды, магнитно-резонансная томография (МРТ), воспалительные маркеры, средний возраст, женский пол

Для цитирования: Клинический случай: септический спондилит под маской неспецифической боли в спине / К. А. Кравцова, Е. Н. Неверова, С. А. Низымаев, М. А. Агафонова, А. В. Пастернак // Национальный вестник медицинских ассоциаций. 2025. Т. 2, № 4. С. 53-55

ВВЕДЕНИЕ

Боль в спине является одной из наиболее частых причин обращения пациентов за медицинской помощью, и в подавляющем большинстве случаев она обусловлена доброкачественными мышечно-скелетными причинами. Однако именно в этой рутинной ситуации кроется риск пропуска серьезной, потенциально инвалидизирующей патологии. Септический спондилит относится к числу таких заболеваний, чья начальная клиническая картина часто маскируется под банальную дорсопатию.

Уникальность представленного клинического случая заключается в демонстрации классической диагностической ловушки, приведшей к отсрочке верификации диагноза. Ключевыми особенностями явились выраженный, но кратковременный анальгетический эффект

от системных глюкокортикостероидов, который создал иллюзию правильности диагностической и лечебной тактики, и изначальное игнорирование сочетания таких «красных флагов», как лихорадка и пожилой возраст пациентки. Данное наблюдение наглядно иллюстрирует, как рутинный алгоритм «боль в спине → миорелаксанты/ НПВП» при наличии тревожных симптомов может быть не только неэффективным, но и потенциально вредным, откладывая проведение целенаправленного обследования. Ценность случая – в его поучительности для врачей первичного звена, терапевтов и неврологов, первыми сталкивающихся с подобными пациентами.

ОПИСАНИЕ СЛУЧАЯ

Информация о пациенте. Пациентка, 55 лет, поступила в приемное отделение ГБУЗ ТО «ОКБ № 2» 02.09.2025 с жало-

Kravtsova Kristina A.^{1,2✉}, Neverova Elena N.², Nizymaev Sergey A.^{1,2}, Agafonova Marina A.^{1,3}, Pasternak Anna V.^{1,4}

¹ Tyumen State Medical University, Tyumen, Russia

² City Polyclinic No. 17, Tyumen, Russia

³ Neuro-Practice, Tyumen, Russia

⁴ Mother and Child Clinical Hospital, Tyumen, Russia

✉ kravtsova.md725@gmail.com

CLINICAL CASE: SEPTIC SPONDYLITIS MASQUERADING AS NON-SPECIFIC LOW BACK PAIN

Abstract. We present a clinical case of a 55-year-old female patient with septic spondylitis of the lumbar spine, which was initially interpreted as non-specific low back pain, leading to a significant delay in establishing the correct diagnosis. This case highlights the importance of maintaining a high index of suspicion for malignancy and, particularly, for infectious etiologies when managing patients with back pain. The initial complaints included acute-onset low back pain and evening subfebrile fever, which were key “red flags.” Physical examination revealed localized tenderness over the spinous processes and a positive percussion sign. At the initial stage, renal pathology was ruled out by a urologist, and neurological deficit was excluded by a neurologist. The prescribed empirical therapy, including injectable dexamethasone, celecoxib, and tolperisone, provided short-term improvement, creating a false impression of a benign process. However, the pain syndrome recurred after the glucocorticoids were discontinued. The key diagnostic step was laboratory investigation, which revealed a sharp increase in inflammatory markers: C-reactive protein (CRP) up to 48 mg/L and an erythrocyte sedimentation rate (ESR) of 32 mm/h. These findings, along with the history of fever, warranted magnetic resonance imaging (MRI), which verified the diagnosis of septic spondylitis. This publication aims to emphasize typical diagnostic pitfalls: ignoring “red flags,” the dangers of prescribing glucocorticosteroids without an established cause of pain, and the paramount role of inflammatory markers (CRP, ESR) in screening for serious pathology. Timely performance of spinal MRI in the presence of persistent pain syndrome and elevated inflammatory markers is mandatory to rule out life-threatening conditions.

Keywords: septic spondylitis, low back pain, diagnostic error, red flags, glucocorticoids, magnetic resonance imaging (MRI), inflammatory markers, middle age, female

Клинический случай: неспецифическая боль в пояснице, маскирующаяся под септический спондилит

Заметим. Мы представили клинический случай 55-летней пациентки с септическим спондилитом поясничного отдела позвоночника, который изначально был интерпретирован как неспецифическая боль в пояснице, что привело к значительной задержке в установлении правильного диагноза. Этот случай подчеркивает важность поддержания высокого индекса подозрения на злокачественность и, в частности, на инфекционные причины при ведении пациентов с болью в спине. Начальные жалобы включали острую боль в пояснице и вечернюю субфебрильную лихорадку, которые были ключевыми “красными флагами”. При физикальном осмотре выявлены локальная болезненность над остистыми отростками и положительный перкуSSION-зНАК. На начальном этапе патологии почек исключены урологом, а неврологический дефицит исключен неврологом. Назначенная эмпирическая терапия, включая инъекции дексаметазона, целекоксиба и толперизона, обеспечила кратковременное улучшение, создавая ложное впечатление о безвредном процессе. Однако болевой синдром вернулся после отмены глюкокортикоидов. Ключевым диагностическим шагом стало лабораторное исследование, которое выявило резкое повышение воспалительных маркеров: С-реактивный белок (CRP) до 48 мг/л и скорость оседания эритроцитов (СОЭ) 32 мм/ч. Эти находки, наряду с историей лихорадки, warranted магнитно-резонансную томографию (МРТ), которая подтвердила диагноз септического спондилита. Эта публикация призвана подчеркнуть типичные диагностические ловушки: игнорирование “красных флагов”, опасности назначения глюкокортикоидов без установленного диагноза боли, и первостепенную роль воспалительных маркеров (CRP, СОЭ) в скрининге на серьезную патологию. Своевременное выполнение МРТ позвоночника при наличии стойкого болевого синдрома и повышенных воспалительных маркеров обязательно для исключения угрожающих жизни состояний.

Ключевые слова: септический спондилит, боль в пояснице, диагностическая ошибка, красные флаги, глюкокортикоиды, магнитно-резонансная томография (МРТ), воспалительные маркеры, средний возраст, женщина.

нами на остро возникшие интенсивные боли в поясничной области, усиливающиеся при движении, и субфебрильную температуру в вечернее время. Заболевание связывала с эпизодом подъема ребёнка массой 11 кг. В течение недели до обращения лечение не проводила. Коморбидный фон: гиперхолестеринемия (Е78.0), признаки железодефицита (R63.5). Аллергологический анамнез не отягощён. Получено информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и публикацию случая.

Хронология медицинских вмешательств:

- 02.09.2025 – Консультация уролога: данных за почечную патологию не выявлено. Рекомендовано наблюдение терапевта и невролога.
- 16.09.2025 – Осмотр терапевтом: назначена терапия дексаметазоном 8 мг/сут внутримышечно 3 дня, целекоксибом 200 мг/сут, толперизоном 150 мг/сут курсом 10 дней.

- После отмены дексаметазона – рецидив болевого синдрома.
- Консультация невролога: очаговой неврологической симптоматики не выявлено.
- Консультация ревматолога: рекомендовано дообследование.
- 03.10.2025 – По данным МРТ верифицирован септический спондилит L3-L4.
- Направлена на консультацию к травматологу-ортопеду. Результаты физикального, лабораторного и инструментального исследования
- Физикальный осмотр:
- Положительный симптом поколачивания в поясничной области справа.
- Локальная болезненность при пальпации остистых отростков L3-L5.
- Очаговой неврологической симптоматики не выявлено.

- Сухожильные рефлексы живые, симметричные.
- Лабораторные исследования (в хронологическом порядке):
- 02.09.2025:
- ОАК: лейкоциты $9,46 \times 10^9/\text{л}$ (норма $4,0-9,0 \times 10^9/\text{л}$), нейтрофилы 75% (норма 47-72%), гемоглобин 111 г/л (норма 120-160 г/л).
- ОАМ: лейкоциты 25 в поле зрения (норма 0-5), pH 7,0 (норма 5,0-6,0).
- 16.09.2025:
- ОАК: лейкоциты $11,79 \times 10^9/\text{л}$, нейтрофилы $9,73 \times 10^9/\text{л}$ (82,6%), тромбоциты $495 \times 10^9/\text{л}$ (норма $150-400 \times 10^9/\text{л}$).
- СОЭ: 31 мм/ч (норма 2-15 мм/ч).
- СРБ: 48,37 мг/л (норма 0-5 мг/л).
- Биохимия: щелочная фосфатаза 123,14 Ед/л (норма 30-120 Ед/л).
- 24.09.2025:
- Иммуноглобулины: IgA 5,1 г/л (норма 0,70-4,00 г/л).
- Белковые фракции: снижение альбуминов 48,4% (норма 52,0-65,0%), повышение $\alpha 1$ -глобулинов 6,3% (норма 2,5-5,0%).
- Инструментальные исследования:
- УЗИ почек (02.09.2025): патологии не выявлено.
- МСКТ ПОП (15.09.2025): дегенеративно-дистрофические изменения.
- МРТ ПОП (03.10.2025): признаки спондилоартрита L3-L4 справа воспалительного генеза с диффузным отёком костного мозга, выпотом в просвете сустава и формированием осумкованной жидкости.
- Дифференциальный диагноз.
- На различных этапах диагностики рассматривались:
- 1. Острый пиелонефрит – исключён на основании данных УЗИ и отсутствия прогрессирования мочевого синдрома.
- 2. Мочекаменная болезнь – исключена при отсутствии конкрементов по УЗИ и эритроцитурии.
- 3. Дегенеративно-дистрофическое заболевание позвоночника – не объясняло наличие системного воспаления.
- 4. Аутоиммунный спондилит – менее вероятен при отсутствии изменений на МСКТ и локальном характере поражения.
- 5. Септический спондилит – подтверждён данными МРТ и лабораторными показателями.
- Лечение:
- Дексаметазон 8 мг/сут внутримышечно 3 дня.
- Целекоксиб 200 мг/сут per os 10 дней.
- Толперизон 150 мг/сут per os 10 дней.
- После верификации диагноза пациентка экстренно госпитализирована травматологом-ортопедом для решения вопроса о целевой антибактериальной терапии и возможном хирургическом вмешательстве.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Представленный клинический случай демонстрирует типичные диагностические трудности при верификации септического спондилита на ранних этапах заболевания.
2. Ключевыми диагностическими ошибками явились недооценка «красных флагов» (лихорадка, возраст старше 50 лет) и назначение глюкокортикостероидов без установленной причины болевого синдрома.
3. Временный положительный эффект от дексаметазона создал иллюзию доброкачественности процесса и отсрочил проведение углублённого обследования.
4. Лабораторные маркеры воспаления (СРБ 48,37 мг/л, СОЭ 31 мм/ч, лейкоцитоз с нейтрофилезом) стали объективным критерием, определившим необходимость расширения диагностического поиска.
5. МРТ позвоночника оказалась ключевым методом верификации диагноза, позволившим выявить характерные признаки септического спондилита на уровне L3-L4.
6. Случай подчёркивает важность междисциплинарного подхода и необходимость включения септического спондилита в дифференциально-диагностический поиск при сочетании боли в спине с системными признаками воспаления.
7. Своевременная диагностика и направление к профильному специалисту являются определяющими факторами в предотвращении развития осложнений спондилита.

Сведения об авторах и дополнительная информация

Кравцова Кристина Андреевна – ассистент кафедры теории и практики сестринского дела ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России, заведующий отделением, врач-терапевт ГАУЗ ТО «Городская поликлиника № 17», Тюмень, e-mail: kravtsova.md725@gmail.com.

Неверова Елена Николаевна – главный врач ГАУЗ ТО «Городская поликлиника № 17», Тюмень.

Низымаев Сергей Андреевич – ассистент кафедры теории и практики сестринского дела ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России, врач-терапевт ГАУЗ ТО «Городская поликлиника № 17», Тюмень.

Агафонова Марина Андреевна – старший преподаватель кафедры профилактической медицины и реабилитации ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России; врач-невролог ООО «Нейро-Практика», Тюмень.

Пастернак Анна Васильевна – ассистент кафедры гистологии с курсом эмбриологии ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России, врач-кардиолог Клинический госпиталь «Мать и дитя», Тюмень.

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с содержанием настоящей статьи.

Сведения о соблюдении этических требований и отсутствии использования ИИ при написании статьи. Авторы заявляют, что этические требования соблюдены, текст не сгенерирован нейросетью.